

XLVIII Legislatura

DIVISIÓN PROCESADORA DE DOCUMENTOS

Nº 1076 de 2017

Carpeta Nº 1485 de 2016

Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social

SALUD MENTAL

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 6 de junio de 2017

(Sin corregir)

Preside: Señor Representante Martín Lema Perreta.

Miembros: Señores Representantes Walter De León, Luis Gallo Cantera y Egardo Mier.

Invitados: Por el Grupo de Trabajo de Salud Mental de Udelar, Magíster Cecilia Silva, licenciada Lucía de Pena, doctora Beatriz Fernández y licenciado Rolando Ramírez.

Por el Consejo Directivo de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, señoras Ariela Peralta, Presidente; Mariana González, Directora; Ariadna Cheroni, psicóloga, doctora Mirtha Guianze y doctor Juan Alfonso Faroppa.

Por el Centro Benito Menni, sicóloga Gabriela Lago.

Secretaria: Señora Myriam Lima.

Prosecretaria: Señora Viviana Calcagno.

===II===

SEÑOR PRESIDENTE (Martín Lema).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social le da la bienvenida al Grupo de trabajo en salud mental comunitaria de la Udelar, integrado por la magíster Cecilia Silva, la licenciada Lucía De Pena, la doctora Beatriz Fernández, y el licenciado Rolando Ramírez.

La Comisión tiene a estudio el proyecto sobre salud mental y decidió dar prioridad a aquellas delegaciones que quieran venir a brindar su punto de vista, expresarse y hacer los comentarios que estimen del caso.

Muchas gracias por acercarse.

SEÑORA DE PENA (Lucía).- Muchas gracias por recibirnos.

La integración de este grupo de trabajo en salud mental comunitaria es bastante más amplia; vinimos en su representación en un intento de poner encima de la mesa algunos ejes centrales que para nosotros deben ser considerados a la hora de discutir este proyecto sobre salud mental.

Se trata de un grupo autoconvocado hace aproximadamente dos años en torno al abordaje de la salud mental comunitaria y por afinidades en torno a ciertas conceptualizaciones en la temática, con la pretensión de generar un impulso de discusión desde la Academia para la redacción de un proyecto de ley.

Tendríamos muchas cosas para plantear, pero decidimos centrarnos en dos cuestiones. Una tiene que ver con el proceso de formulación del proyecto actual, y la otra con discusiones sobre algunos artículos.

Con respecto al proceso de formulación del proyecto actual, nos interesa destacar fuertemente dos premisas puestas sobre la mesa con mucha insistencia y que a nuestro entender son parcialmente falsas. En primer lugar, hemos escuchado con mucha insistencia que el proyecto actual es superador de la ley de 1936; no tenemos nada para objetar porque claramente es superador pero entendemos que no alcanza porque una ley que entra en vigencia antes de la Declaración Universal de los Derechos Humanos rápidamente puede caer ante cualquier otro paradigma que se enmarque en los derechos humanos. Claramente este proyecto es superador, pero no alcanza. Cuando los compañeros refieran a algunos de los artículos sobre los que queremos discutir, quedará clara la distancia que tienen respecto a los documentos internacionales que Uruguay ha ratificado en materia de derechos humanos, específicamente en el campo de la salud y más aun en el de la salud mental.

La otra cuestión que también se puso encima de la mesa con mucha insistencia y que para nosotros no es correcta es que el proyecto de ley en discusión recoge el trabajo elaborado por seis grupos de trabajo convocados por el Ministerio de Salud. Es cierto que en 2015 el Ministerio convocó a que grupos de trabajo se concentraran en seis líneas que supuestamente darían pie a la redacción del proyecto. En aquella convocatoria estaban involucrados la sociedad civil, usuarios, familiares, la Academia y organismos de derechos humanos. Sin embargo, el resultado de esos grupos de trabajo no está reflejado en el proyecto en discusión. Es importante destacar que se convocó a la opinión pero no a la participación efectiva en la redacción del articulado. Es otra premisa falsa: el proyecto no recoge lo que fue elaborado por los grupos de trabajo convocados por el Ministerio de Salud en su momento.

SEÑORA SILVA (Cecilia).- Agradecemos la disposición de la Comisión para escucharnos.

Como decía la licenciada De Pena, nuestra preocupación está enfocada en la participación que se supone recoge las distintas preocupaciones de los diferentes grupos de interés en este campo cuando no es así.

Otra preocupación tiene que ver con los contenidos de este proyecto.

Lo que se plasma en el proyecto de ley en discusión es diferente a lo que plantearon los grupos de interés. Hay dos grandes bloques. Por un lado, el proyecto de ley recoge contenidos que no dicen de su denominación, o por el contrario, su denominación no dice de los contenidos. La denominación del proyecto a estudio refiere a salud mental; sin embargo, los contenidos no refieren a la salud mental. Si refirieran a la salud mental, deberían estar contemplados sin ningún tipo de objeción otros tipos de contenidos. A eso quiero referirme.

Este proyecto refleja una necesidad contundente que tiene el país: modernizar la legislación vigente que data de 1936 y 1948 en armonía con la normativa internacional vigente. Es imperioso modernizar la normativa, y por lo tanto las prácticas desde el punto de vista de política pública.

Se trata de llamar por su nombre a este proyecto que tiene que ver con legislar en relación a la asistencia del enfermo psiquiátrico. Si el proyecto en discusión con sus contenidos es denominado de esa manera, no tenemos nada para objetar porque es a lo que refiere. Sí tenemos mucho para objetar si ese proyecto con sus contenidos continúa denominándose de salud mental, porque muy alejado está de eso.

Los primeros artículos del proyecto definen qué se entiende por salud mental y por trastorno mental. La definición es casi una tendencia, algo a lo que uno aspira; sería muy difícil llegar a un estado óptimo. Además, se habla de que ese sujeto en situación de salud mental debería ser partícipe de la vida en común. Sin embargo, inmediatamente, cuando refiere a trastorno mental lo hace respecto a una persona imposibilitada por sus condiciones de salud y que, por lo tanto, debe ser atendida en ese aspecto.

El resto de los contenidos refieren a cómo hacer para que esa persona con un trastorno cuente con las herramientas mínimas para llegar a las condiciones básicas de salud mental. De ninguna manera se habla de un cambio sustancial, real, de redefinición de salud mental no solamente de la normativa sino también de la política pública, la que en definitiva dirime la cuestión.

Este proyecto nos sitúa como país bastante alejados de lo que desde hace muchos años nos están pidiendo la normativa internacional y muchos grupos de interés. Si bien en 2015 hubo un empuje para actualizar la normativa referida a salud y enfermedad mental, estos grupos ya venían trabajando con una voz muy baja, con casi nula incidencia a nivel político desde mucho antes, quizás diez o quince años antes. Esto no es nuevo. Aprovechamos esta oportunidad para mostrar una voz más fuerte y visible.

Pertenezco al Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales donde tenemos un área de salud mental, y tengo una maestría en salud mental comunitaria. Por lo tanto, como licenciada en trabajo social, sobre lo que más puedo hablar es de política pública. En base a eso es que puedo interesarme específicamente en las políticas públicas vinculadas al campo de la salud mental.

Estamos muy preocupados porque, en principio, la normativa proyectada tampoco es una guía firme y clara de cambio de paradigma como para que las políticas públicas reflejen ese cambio.

También nos preocupa profundamente el desconocimiento pleno en un área en la que el Estado hace grandes esfuerzos por cambiar ese paradigma. Hace varios años -cinco, pero con fuerza dos o tres- que el Estado viene analizando y tratando de plasmar un plan de acceso a la justicia para personas con discapacidad. En el proyecto parece que esto nadie lo sabe; por lo menos no aparece en el texto. Este aspecto es sustancial; si bien el proyecto se refiere a la noción de sujeto de derecho, en los hechos la contradice permanentemente. El plan nacional de acceso a la justicia que promueve el Programa Nacional de Discapacidad -que es público y respecto del que se ha hecho un lanzamiento- cuenta con personas de distintos organismos, especialmente del Poder Judicial, designadas para trabajar en la noción de sujeto de derecho que hace caer la institución de la incapacidad civil. Solamente ese aspecto hace que el contenido del proyecto sea ineficaz; no es actualizado, no dialoga con nada de lo que tiene que ver con el campo de la salud mental.

Este proyecto sí dialoga con una especificidad disciplinar, y por eso es coherente que la interdisciplina sea marginal y no central, porque si tenemos que hablar de trastorno mental hay una especificidad disciplinar vinculada a la medicina psiquiátrica que tiene que ser relevante. Pero no podemos hablar de nada más.

Si el trastorno mental, la enfermedad mental patologizada fuera solamente un componente de la salud mental, sí se exige hablar centralmente de interdisciplinaridad y del corrimiento de la responsabilidad civil de las prácticas profesionales.

Por un lado se habla de lo que no se es -enunciado en un título que carece de contenido- y, por otro, parecería haber un desconocimiento -al menos así surge del texto; no me refiero a las personas que lo redactaron- de todos los esfuerzos que hace el Estado. Me refiero a horas de trabajo dedicadas y a presupuesto, tanto para impresiones como para todo lo que se genera cuando hay que hacer múltiples reuniones para marcar un proyecto de trabajo. Son muchos recursos que el Estado ha movilizado para crear un plan nacional de acceso a la justicia que no se ve reflejado en el proyecto. ¡No sé cuántas personas lo conocen!

Además, la iniciativa desconoce los movimientos de los demás ministerios en torno a ese plan. Estamos hablando de puntos de partida muy distintos. La discusión es casi irreconciliable porque uno habla de una cosa y otro, de otra. Claramente, pueden convivir pero estamos hablando de asuntos distintos. Para que esto tenga una vinculación, una complementariedad, tenemos que pensar otra vez los contenidos de ese texto a fin de que realmente su título sea armónico con su contenido, no solo en cuanto a la propia legitimidad de ese texto para consigo mismo sino en cuento a las exigencias a nivel nacional e internacional

Hoy la Convención de los Derechos de Personas con Discapacidad, que es parte de nuestro cuerpo normativo, está considerada como el primer tratado de derechos humanos del siglo XXI por los cambios radicales que presenta. Y en este proyecto no la estamos considerando. Además, tenemos experiencia de que hemos legislado mal porque ni siquiera esa Convención, que es previa a la Ley de Protección Integral de Personas con Discapacidad la considera, y hoy estamos cometiendo exactamente el mismo error. Esa Ley, que es del año 2010, no considera la Convención que fue ratificada por nuestro país en el año 2008 o 2009. No la considera y este proyecto cae exactamente el mismo error, ya que sus primeros artículos, al igual que los de la Ley de Protección Integral de Personas con Discapacidad, comienzan estableciendo qué se va a entender por el objeto de esa norma -la discapacidad; y acá la salud mental-, quedándose por detrás de lo que entienden otros instrumentos normativos que ya tenemos. No los superan; al contrario. No solo no los superan, sino que los contradicen.

En principio, la preocupación viene por decir qué estamos entendiendo por una cosa y por otra. Esto no tiene que ver con la puja entre campos disciplinares y nichos posibles de mercado y trabajo. De acuerdo con la responsabilidad académica que nos atañe como grupo de docentes de la Universidad de la República, nuestra preocupación tiene que ver con llamar a las cosas por su nombre. Si la normativa que orienta política pública no llama a las cosas por su nombre, bastante mal va a atender los problemas que tenemos. De hecho ¿qué nos muestran las colonias psiquiátricas de más de cien años en nuestro país? La ineficiencia de las intervenciones del Estado, manifestadas a través de prácticas profesionales que no tienen que ver solamente con una disciplina; mucho dinero puesto ahí para nada; para no transformar absolutamente nada. Se trata de una masa de población que ni siquiera según el criterio de la sociedad contemporánea capitalista es bien atendida, porque podríamos ser muy buenos trabajadores si, mínimamente, hubiéramos considerado un estado mínimo de producción de esas vidas y de esos cuerpos.

Hoy lo que nos muestra nuestro país -más allá de alguna posibilidad de transformación a través de proyectos muy concretos- es el fracaso total de la política pública dirigida en la materia, por entender en forma desarmonizada lo que la realidad nos exige en esos problemas. No se trata de la locura como el problema del país, sino de personas que han sido colocadas ahí solamente por una enfermedad en forma totalizada. Si nosotros estuviéramos discutiendo sobre enfermedades cardíacas, tendríamos que una persona que solamente es intervenida por su enfermedad queda cristalizada allí y no existe nada más; no hay roles sociales; no hay lugar para la cultura; no hay palabra que pueda ser admitida.

Esto es lo que ha pasado históricamente -no solo en nuestro país pero hablemos de él en este caso- con la enfermedad mental. Es casi la culpa de ser portador de ese diagnóstico.

Las colonias nos muestran esas vidas detenidas a partir de la identificación de una enfermedad y de la implementación de tratamientos que no sirven y que muy poco cambian con la orientación de este proyecto porque el punto de partida es distinto.

Podemos hablar de salud mental pensando que simplemente la ley no es para todos los ciudadanos del país sino en especial para aquellos con trastorno mental; pero si pensamos que esta ley es para todos los ciudadanos de este país, ahí ya vamos cambiando porque la enfermedad mental no ocupa todo el campo, hay muchas otras cosas. Los contenidos de esta ley muy poco dicen de la promoción de las condiciones de salud mental; muy poco dicen de la prevención. Algo se menciona, pero no es suficiente. Es cierto que se prolonga algo que es necesario resolver de forma urgente, pero es urgente desde hace noventa años. Uno construye la urgencia según el lente con que la visualiza.

No sé si se ha consultado a los representantes del Programa Nacional de Discapacidad y los asesores jurídicos, porque el diálogo que hemos tenido con ellos está muy lejos de este proyecto. El Estado está trabajando desde otro lugar completamente distinto; ya está tratando de generar en diálogo con el Poder Judicial otra normativa totalmente diferente. Una vez más nosotros -como país, como Estado- estamos destinando tiempo, recursos y sueldos a algo que ya sabemos que no va a estar completo. Sirve, pero es incompleto. ¿Por qué ir a medias?

SEÑOR RAMÍREZ (Rolando).- Como decían mis colegas, nosotros venimos trabajando desde hace tiempo en diferentes ámbitos y disciplinas en lo que hace al tema de la salud mental comunitaria. Por lo tanto, nuestra argumentación se basa principalmente en esa perspectiva, haciendo hincapié en la importante oportunidad que

tiene Uruguay de ratificar, a través de una legislación, las convenciones que ya ratificó anteriormente, en especial, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, del año 2009. En esta oportunidad para que la legislación esté acorde con esa Convención, quiero hacer hincapié en tres puntos, en particular, en relación al cuerpo del contenido que se refiere a trastorno mental como una contradicción, justamente, con la Convención, en consonancia a que es una denominación estigmatizante, peyorativa y que está totalmente fuera de lugar con relación al Sistema Nacional Integrado de Salud, que tendría que estar orientado a toda la población de residentes en Uruguay. Por lo tanto, nuestra posición es que el proyecto, en vez de tener esa connotación en relación a los trastornados mentales, tendría que estar dirigido a toda la población potencial de usuarios de los servicios de salud mental del país.

En segundo lugar, tanto la denominación como el desarrollo de los demás artículos de la ley hacen a la interdisciplina. Nosotros consideramos que también se ve vulnerada. Si bien se enuncia en el artículo 19, no se contempla en el articulado completo ni en el espíritu, lo cual también está en oposición a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que argumenta que el abordaje para las personas con discapacidad debe ser interdisciplinario en todos sus momentos. Por ejemplo, en el momento en que se habla de internación se atribuye solamente la potestad a una sola disciplina, cuando se trata de un momento crucial para el desarrollo del tratamiento o del abordaje de la persona con sufrimiento psíquico. En ese sentido, consideramos que el articulado de la interdisciplina o el desarrollo de ese concepto no está explícito y no da garantías para que las visiones de los distintos campos de conocimiento en el área de salud mental -no en el área de trastorno mental- puedan estar reflejadas y acorde a la Convención.

También es muy importante cómo se van a supervisar estos mecanismos. No quiero dejar pasar este tema porque es importante y nosotros lo hemos reflexionado desde la Academia. El Ministerio de Salud, el Estado, tiene *per se* la función de garante de los derechos y de que se cumpla la legislación. A su vez, los organismos internacionales proponen y promueven que estas perspectivas sean supervisadas por un organismo independiente ya que el Estado tiene en sí la función de garantizar y supervisar estos elementos. Es muy polémico que el Estado sea juez y parte en las perspectivas de su propia reglamentación.

Esos son los puntos que creo que sería muy importante considerar, en concordancia con el compromiso que el Estado uruguayo ha tomado hasta el momento en relación a las convenciones que ha firmado.

SEÑORA FERNÁNDEZ (Beatriz).- No estaba previsto que yo hablara, pero quiero cerrar esta exposición muy apasionadamente a cómo estamos formando gente.

¿En qué contexto de contradicción podemos estar formando gente cuando tenemos un discurso y hacemos otras prácticas? Es una preocupación ética que tenemos como docentes. Por eso agradecemos que nos reciban.

En especial, celebramos la existencia de un proyecto de ley. Yo tengo un doctorado en salud mental comunitaria, pero también tengo un doctorado de la vida, porque hace más de veinte años que trabajo en el espacio universitario en el área psiquiátrica. Con honestidad, he visto avances. Por ejemplo, en los hospitales del interior se ha sustituido al hospital monovalente por una estructura general, y ha dado muy buenos resultados. Si en estos treinta años se ha crecido ¿por qué no dar un paso más cuando celebramos la existencia de un proyecto, una intención nacional que después es difícil de modificar? Es una suerte que el Parlamento atiende las distintas miradas, reclamos y posturas. Es enfático el hecho de que a treinta años de la democracia el país

necesita cambios y no monopolios, porque la salud mental no se construye en el hospital ni en los servicios sanitarios sino la vida. Desde esa perspectiva comunitaria, la reinserción de esta gente en espacios comunitarios estaría habilitada. Hoy se nos dice ¿cómo vamos a encerrar un hospital monovalente si no tenemos donde poner a los enfermos? Creo que estamos más que en condiciones de generar estructuras que lo habiliten y empezar a tener un acompañamiento internacional en estos temas. No podemos seguir con inserciones muy atrasadas.

SEÑORA SILVA (Cecilia).- Quiero hacer dos puntualizaciones.

En el texto de este proyecto de ley se entra en la misma contradicción que ya el comité internacional de observación para la implementación de la comisión sobre las personas con discapacidad observó el año pasado respecto al organismo veedor, que daría participación a los organismos no estatales en materia de discapacidad, y es que existía conflicto de intereses. Hoy, la Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad es presidida por Dirección del Programa Nacional de Discapacidad, lo cual genera un conflicto de intereses, ya que el propio Estado es juez y parte, es veedor de sí mismo. Con esta Comisión que crea este proyecto de ley pasa exactamente lo mismo, porque el Ministerio de Salud Pública es juez y parte. Entonces, tampoco se entiende.

Lo último que quiero decir es que ese texto describe los derechos de las personas con trastornos mentales, lo cual es absolutamente obsoleto, porque son personas y, como tales, tienen los derechos establecidos en la Constitución. En todo caso, ese texto debería prever las garantías para que esos derechos fueran realmente ejercidos en tanto sujetos de derecho.

SEÑOR PRESIDENTE.- Muchas gracias por su comparecencia.

(Se retira de sala la delegación del Grupo de Trabajo en Salud Mental Comunitaria de la Udelar)

(Ingresa a sala una delegación del Consejo Directivo de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo)

——La Comisión da la bienvenida a la presidenta del Consejo Directivo de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, señora Ariela Peralta, a la socióloga Mariana González, a la psicóloga Ariadna Cheroni, a la doctora Mirtha Guianze y al señor Juan Alfonso Faroppa.

SEÑORA PERALTA (Ariela).- Muchas gracias por invitarnos. Como ustedes saben, una de las facultades que la ley otorga a la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo es dar opinión, asesorar, brindar una mirada profunda sobre los proyectos de ley vinculados con derechos humanos, teniendo en cuenta la armonía entre la legislación nacional y la internacional.

La Institución ha trabajado este tema con mucha profundidad. En noviembre de 2014, creó un grupo de salud mental, del que formaron parte muchos colectivos, fue muy abarcativo de los actores con mucha actividad y conocimiento en la materia. La ley por la que se crea la Institución permite la creación de grupos de trabajo temáticos con personas y/o colectivos que no sean parte de ella.

Este grupo de trabajo decidió que uno de sus cometidos sería el abordaje del proyecto de ley sobre salud mental. En ese sentido, se formaron seis subgrupos, que trabajaron distintos aspectos y que le presentaron al Consejo Directivo de la Institución los alcances de sus relatorías. Como los grupos de trabajo no tienen un poder decisorio, el Consejo Directivo se reunió con ellos y extrajo algunas consideraciones respecto a la ley sobre salud mental que fueron presentadas a la Cámara de Senadores.

La Institución considera que el proyecto enviado por el Poder Ejecutivo es positivo, intenta cambiar el paradigma sobre salud mental que rige en el país. Sin embargo, algunas de las consideraciones que se presentaron en su momento ante la Comisión de Salud Pública del Senado aún no han sido recogidas en todo su desarrollo.

Las dos personas referentes del Consejo Directivo que trabajaron de cerca con el grupo de trabajo fueron la doctora Mirtha Guianze y la socióloga Mariana González, y la psicóloga Ariadna Cheroni, como funcionaria de la Institución, también estuvo liderando y muy involucrada con el grupo. Por lo tanto, sería bueno que ellas hicieran referencia a las cuestiones específicas.

SEÑORA GONZÁLEZ (Mariana).- Les agradecemos mucho la posibilidad que nos han brindado de estar hoy en la Comisión.

Como decía la presidenta, queremos destacar que este tema nos ha interesado. Casi desde el comienzo de nuestro plan estratégico ya aparecía la preocupación por la salud mental en nuestro país.

Nosotros les hemos traído un material escrito con los antecedentes y hay un *pendrive* que tiene todos los materiales; hay cinco documentos con los que trabajaron los cinco subgrupos del grupo de trabajo. Les hemos traído a ustedes el documento que presentamos en la Comisión de la Cámara de Senadores, para que tengan por escrito los antecedentes. Como no vamos a detenernos en cada uno de los temas, pensamos que es importante que cuenten con el material escrito.

Como decía la doctora Peralta -y así lo planteamos en la Comisión de la Cámara de Senadores-, consideramos que el proyecto que en este momento está a consideración de ustedes -luego de haber sufrido algunas modificaciones- es imprescindible. La ley con la que contamos debe ser modificada porque no cumple con los estándares mínimos vinculados a los derechos humanos. De todos modos, consideramos que el proyecto a estudio todavía tiene algunas problemáticas y carencias que la Comisión debería atender.

Creemos que la salud mental es una temática que, por suerte, se ha ido transformando a lo largo del tiempo. También han tenido grandes transformaciones los conceptos y desde dónde atendemos la salud mental. Si bien el proyecto a consideración tiene grandes avances, creemos que no logra plasmar un salto paradigmático completo, que sería necesario dar en la salud mental.

Desde que el proyecto estuvo en la Cámara de Senadores y hasta este momento, han surgido algunos elementos que creo que es necesario que ustedes tengan en cuenta. Entre ellos, recomendaciones hechas por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad referidas a la salud mental. Creemos que es muy importante que esta Comisión pueda atender a esas observaciones, para que en el futuro, una vez promulgada la ley, no comience a recibir observaciones desde los distintos órganos internacionales.

El Comité se ha expedido sobre varios puntos, algunos los voy a tratar yo; otros, la doctora Guianze y otros, la psicóloga Ariadna Cheroni.

Por un lado, en el texto prima la mirada centrada en la patología mental, más que en la salud mental. No nos vamos a detener acá; en lo que presentamos en la Comisión del Senado está bastante desarrollada una discusión sobre la terminología. Sabemos que es algo engorroso y que por momentos parece que no fuera tan importante. Sin embargo, creemos que la forma cómo se le llama a las cosas o a determinadas enfermedades y cómo se designa a las personas tienen impactos y es importante atenderlo.

Por otro lado, entendemos que en el texto de la propuesta no se consigue una efectiva consideración de la promoción y prevención en salud mental para todos los habitantes del Uruguay. El proyecto tampoco logra dar cuenta de vulnerabilidades especiales y específicas derivadas en muchos casos de género, edad, raza, orientación e identidad sexual o de situaciones particulares sociales, por ejemplo, las personas privadas de libertad o los migrantes. Creemos que son grupos que deben ser atendidos por sus características.

Asimismo, creemos que los niños y niñas requieren de espacios de rehabilitación particulares. La adolescencia, como etapa de vida, es muy importante; tiene características peculiares, que deberían ser atendidas en un proyecto de este tipo. Esto está más desarrollado en lo que presentamos en la Cámara de Senadores.

Nos vamos a detener en algunos puntos sobre los que se manifestó el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Por un lado, refiere a la prohibición de la institucionalización forzada por motivos de discapacidad y que se adopten medidas para abolir la práctica de internamiento u hospitalización no consentida. Creemos que el consentimiento y la explicación a las personas son un elemento clave. Supimos de la nota que envió el Alto Comisionado, Américo Calcaterra, que también hace énfasis en este tema, que debería ser atendido particularmente.

También entendemos que es importante -el proyecto lo aborda- el cierre de las estructuras de manicomios y asilares. Se debe establecer con mayor claridad los plazos y el despoblamiento progresivo de las instituciones psiquiátricas, hasta la sustitución y el desmantelamiento. Para ello se requiere no solo presupuesto, sino la previsión de un esfuerzo sostenido en el tiempo, para que no se reproduzcan espacios asistenciales donde la segregación, el estigma, la vida tutelada y otras formas de confinamiento, propias del modelo manicomial, se reiteren bajo otros formatos.

La doctora Guianze va a detenerse en la necesidad de congruencia y coherencia de una nueva ley con todo el sistema jurídico, que debe ser atendido sobre los órganos de revisión. Simplemente, reitero que sabemos que hay plazos perentorios porque la votación del presupuesto tendrá lugar casi de inmediato, pero teniendo en cuenta todas estas observaciones -las que estamos planteando aquí, las que manifestamos en la Cámara de Senadores y las que proponen el Comité, el Alto Representante y la OMS-, después de un esfuerzo tan grande y de una espera de tantos años, vale la pena detenerse un poco más, corregir lo que sea necesario para contar con una ley que, aunque demore unos meses más, cumpla con todos los requisitos y estándares en derechos humanos. Es preferible eso a tener una ley que no cumpla con los estándares y que sea observada.

SEÑORA GUIANZE (Mirtha).- Tal como expusieron las colegas, este fue un trabajo que empezó en 2014. Fue muy extenso y contó con la participación de organizaciones de todo tipo, desde usuarios a sociedades de psiquiatría y psicólogos. Eran grupos enormes, al punto que tuvimos que subdividirnos.

Hay aspectos que es importante repensar porque tenemos una ley de 1936 y ya su nombre, "Ley de Psicópatas", es algo inadmisible en nuestro ordenamiento. Pero si vamos a dictar una nueva ley, que no nos pase que mañana la tengamos que modificar. Inclusive, Uruguay fue examinado en el Comité de los DESC y estas cosas salieron a luz. Una de nuestras funciones es hacer saber a las autoridades que deben cumplirse todos los tratados y pactos de los que el Estado es parte, y adecuar tanto la legislación como las prácticas institucionales a esas obligaciones.

A la luz de una nueva ley, es importante pensar en la congruencia de todo el sistema jurídico, para que no se distorsione la finalidad perseguida y las normas no sean contradictorias entre sí.

Vamos a entregarles un documento en donde todo esto está plasmado.

Dentro de los grupos formados, está el grupo 3, "Representación Legal y Jurídica, Inimputabilidad, Declaración de Incapacidad, Curadurías, Administración de Bienes, Asistencia Jurídica, Pericias Judiciales". Acá hay una cantidad de cosas que están dispersas en distintas normas y que habría que pensar si no hay contradicción. Esto implica una tarea de armonización muy importante.

El punto que creo está sobre la mesa es el del órgano de revisión y supervisión. Insistimos en la necesidad de asegurar a todas las personas las garantías del debido proceso y el Comité se refirió a: "[…] las personas declaradas inimputables en la comisión de un delito en razón de una deficiencia puedan ser objeto de medidas de seguridad, incluida la detención indefinida" Eso es lo que está pasando en Uruguay y se instó al Estado a revisar y reformular una ley de salud mental y el Código Penal. O sea que la ley de salud mental viene atada al Código Penal. Ustedes sabrán que actualmente las medidas curativas no tienen mínimo ni máximo y eso no está acorde a la normativa internacional ni a los derechos humanos de las personas.

Ese estudio profundo de la totalidad del orden jurídico nacional podría abordarse tal vez con posterioridad, pero teniendo en cuenta que esa es una eventualidad que puede suceder y nosotros hacemos hincapié en toda la parte que hace a la internación compulsiva, a la declaración de incapacidad y a las curadurías. En ese sentido, me remito al documento que les vamos a dejar, sin perjuicio de las preguntas que, seguramente, nos formulen.

En cuanto al órgano de revisión, el Comité ha instado al Estado uruguayo a: "[…] establecer el mecanismo independiente de seguimiento de acuerdo con el artículo 16, párrafo 3 de la Convención, que registre, controle y supervise las condiciones en que opera cualquier centro donde vivan personas con discapacidad".

A su vez, en el párrafo 68 de las observaciones finales del Comité, se recomienda al Estado uruguayo: "[…] que adopte medidas para designar un mecanismo de supervisión que se ajuste plenamente a los Principios de París". Y le pide al Estado uruguayo que en un plazo de doce meses -creo que ya han transcurrido- informe respecto de las medidas adoptadas para aplicar tal recomendación. No sé qué sucedió en el informe que envió Uruguay; no lo tengo presente.

Así llegamos al punto que está en la mira, que es el del órgano de revisión porque la legislación debe contener garantías para proteger el derecho a la salud mental de todos los habitantes y en particular de las personas con sufrimientos mentales graves; tiene que prever un órgano de revisión y supervisión de carácter independiente, autónomo e imparcial, no sujeto a jerarquía, que no pueda recibir instrucciones ni órdenes de ninguna autoridad y que esté facultado a dictar sus normas de funcionamiento interno. Sabemos que hay un órgano dependiente del Ministerio de Salud que no es excluyente del otro.

El Comité también ha expresado la preocupación por que "no se destinen suficientes recursos para la prevención y el monitoreo de casos de tortura u otros tratamientos considerados crueles, inhumanos o degradantes dentro de los centros donde se encuentran personas con discapacidad privadas de libertad". A su vez, recomienda a nuestro país que "[…] garantice suficientes recursos humanos y

económicos para fortalecer las funciones del mecanismo de prevención y protección contra la tortura".

Al mismo tiempo, instó al Estado uruguayo a que "[…] a través de la Defensoría del Pueblo, proteja judicialmente todos los derechos de las personas con discapacidad, propiciando una debida asistencia jurídica y velando por el cumplimiento del debido proceso para las personas con discapacidad".

Acá está el nudo que se ha formado respecto del órgano de revisión. Creo que es importante que en este momento se tomen decisiones políticas que impliquen el cumplimiento de la obligación de tener un órgano independiente. Sabemos que algunas organizaciones -como el Comité- han propuesto que sea la Institución de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo la que cumpla esta función.

Nosotros podemos decir -es solo una opinión- que la Institución es el único organismo estatal que cumple con los Principios de París en lo que refiere a funciones inspectivas de instituciones de salud mental. Es posible que ese órgano independiente que es el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura -que funciona dentro de la Institución porque es una parte de sus cometidos- pueda inspeccionar ya que tiene todas las facultades para hacerlo. De hecho, en algunos casos estamos realizando inspecciones a instituciones de salud mental dentro de lo que nos permiten nuestros recursos, aunque, a veces, las visitas están demasiado separadas en el tiempo. Tendríamos que tener un mecanismo más sistemático y ajustado en el tiempo para que esa supervisión sea adecuada.

También se podría llevar adelante la tarea que refiere a la presentación, investigación y resolución de quejas a la Defensoría del Pueblo. Lo novedoso sería que la Defensoría debería enviar al órgano específico de revisión ubicado dentro de la órbita del Ministerio de Salud un informe de sus investigaciones, junto con recomendaciones sobre las acciones apropiadas y, de ser necesario, sobre las acciones a adoptar.

Esta es una posibilidad porque ya existe un órgano como la Institución -que muchos de nosotros estamos próximos a abandonar- que cumple con los Principios de París; solo requeriría que se la dotara de los recursos necesarios. Sin embargo, hay que tener en cuenta que las privaciones de libertad de cualquier tipo y las internaciones compulsivas tienen que ser sometidas a la resolución del Poder Judicial porque suponen la privación de libertad de una persona. Entonces, el Poder Judicial debería ser el órgano último de revisión de esas privaciones de libertad.

SEÑORA CHERONI (Ariadna).- Soy psicóloga de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo.

Como se decía, hemos venido trabajando con un grupo desde finales de 2014. En ese primer momento se planteó como primer objetivo por parte del grupo -integrado por ASSE, la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública y otras instituciones y grupos- la elaboración de un proyecto de salud mental.

Cuando en 2015 el Ministerio de Salud Pública retomó la posibilidad de elaborar de un nuevo proyecto, este grupo siguió funcionando con el fin de asesorar al Consejo Directivo de la Institución en relación a los estándares internacionales en derechos humanos relativos a salud mental. Eso fue lo que realizó este grupo de trabajo y los subgrupos que se formaron

En función de ello, anotamos algunos puntos que nos pareció importante hacer llegar a la Comisión de Salud Pública del Senado y que hacemos llegar a ustedes ahora. Algunos ya los mencionaron las directoras; no quiero ser reiterativa, pero nos parece

importante tomar en cuenta las consideraciones del Comité de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

También hay que tomar en cuenta las consideraciones de algunos representantes del Comité DESC y lo que se decía que hace llegar Naciones Unidas en cuanto a las manifestaciones tanto del Alto Comisionado como de la OMS en relación a una ley de salud mental. Fundamentalmente, el tema que vimos como un nudo muy problemático es el del órgano independiente, autónomo, imparcial, de revisión y supervisión. Creemos que sería importante retomar ese punto -que tiene que ver también con la práctica- porque en este recorrido que hicimos por las instituciones asilares como Colonia Santín Carlos Rossi, Colonia Etchepare -con nuevas denominaciones- y el Hospital Vilardebó, nos encontramos con situaciones de privación de libertad y de internamiento de personas con promedio de diecisiete años. Hay personas que pasaron toda su vida ahí adentro, algunas cincuenta años, sin que su situación fuera revisada; fueron internadas en un primer momento por una crisis o por determinada situación y siguen allí. Todavía permanecen setecientas personas.

Por un lado, se trata de romper con esta lógica asilar, y por otro, de garantizar los derechos humanos de todas las personas; cualquiera de nosotros en determinado momento puede transitar por una situación vinculada a su derecho a la salud mental, pero fundamentalmente hay que hacerlo por aquellas que transitan sufrimientos mentales graves a las que, si se suman determinadas condiciones de vulnerabilidad, terminan en situaciones que ameritan revisarse rápidamente, pero no por los mismos organismos o agencias encargados de su tratamiento. En este sentido es importante que la Comisión reconsidere este punto.

Otra cuestión que no la anotamos pero creemos que es importante considerar, tiene que ver con trascender el paradigma sanitarista; sabemos que es difícil porque se centra en la mirada médica. No es que no sea importante en la cuestión relativa a la salud mental de los uruguayos y de las uruguayas; también es importante abrirse a lo que los estándares internacionales plantean en relación a lo que es un equipo de salud mental. Se trata de detenernos un poco más y pensar acerca de algunas decisiones que tienen que ver con la vida de las personas que transitan padecimientos mentales.

Es oportuno considerar lo que subraya la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en cuanto al consentimiento informado. La Convención es revolucionaria en este aspecto porque efectivamente cambia la mirada sobre las personas con discapacidad, incluidas aquellas con discapacidades psicosociales. Es difícil cambiar la mirada, como fue también cuando la Convención sobre los Derechos del Niño introdujo una mirada diferente sobre la niñez y la adolescencia como sujetos de derechos. Es difícil hacer este movimiento cuando dice que no se trata de personas enfermas con carencias sino que son sujetos plenos de derechos y las barreras las impone la sociedad. Para romper con las barreras, la primera medida que plantea la Convención es obtener el consentimiento informado de las personas. Además, todos los casos de internación involuntaria implican privación de libertad, incluidos los casos de personas con discapacidad psicosocial. Como entendemos que es un largo proceso, planteamos la minimización de la internación involuntaria recordando que la Convención la plantea como una restricción de la libertad que no es legítima para todas las personas.

Por último -no quiero acaparar el tiempo de los demás integrantes a quienes vine a acompañar-, quiero señalar algunas cuestiones respecto al artículo 5° del proyecto relativas al consumo problemático de drogas. Esto es importante porque la internación involuntaria de las personas con consumo problemático de drogas no ha terminado de saldarse, y el artículo 30 de la iniciativa introduce la internación involuntaria- .

SEÑOR PRESIDENTE.- Solicitamos a las delegaciones que sus exposiciones sean lo más concretas posible porque la idea es escuchar a todas que solicitan ser recibidas. Tenemos el tiempo limitado porque a la hora 16 sesiona el plenario y aún tenemos que recibir otra delegación.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Es un gusto recibirlos.

Quisiera saber si estos planteamientos que están haciendo también los presentaron en el Senado.

Además ¿cuántos planteos fueron recogidos por el Senado'

SEÑORA GONZÁLEZ (Mariana).- El Senado se manifestó con beneplácito, expresando que plateamos aportes sobre temas muy importantes. Finalmente, recogió muy pocos elementos; algunos vinculados al lenguaje, se cambió la redacción de los primeros artículos volviendo más adelante a la terminología de la redacción original. No recuerdo nada más.

SEÑORA CHERONI (Ariadna).- En el proyecto de ley del Senado se mantuvo la creación de Comisión descentralizada del Ministerio de Salud Pública, y se agregó un artículo encomendando a la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo la protección de los derechos humanos de todas las personas.

SEÑOR MIER (Egardo).- En primer lugar, quiero hacer una reflexión.

¿Ustedes consideran que el proyecto aprobado por unanimidad en el Senado merece una revisión profunda o basta con contemplar estos resumidos puntos de vista que nos señalaron? Veníamos en la lógica de la importancia de aprobar este proyecto lo más rápido posible. Hablo a título personal, porque entiendo que las últimas visitas -incluida la de ustedes- nos aconsejan detenernos para evitar cometer errores- .

¿Qué visión tiene la delegación respecto a hacer un análisis profundo?

En segundo término, quiero saber si la Institución cuenta con un cuerpo inspectivo con recursos humanos como para cumplir esa tarea.

SEÑOR FAROPPA (Juan).- Con respecto a la primera pregunta del señor diputado, de acuerdo a las competencias establecidas por ley, la Institución puede sugerir recomendaciones. En el Senado hicimos recomendaciones. Somos conscientes de que no tenemos competencia para legislar, no nos eligieron para esa función y por lo tanto la Institución brinda su opinión cuando se la solicita.

Es conocido por todos el proceso que lleva la aprobación de la ley según lo que establece la Constitución de la República.

En cuanto al órgano de revisión -es un tema que se ha discutido-, la doctora Guianze les podrá decir las posibilidades de que la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, a través del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, pueda cumplir ese tipo de funciones.

En lo que tiene que ver con las atribuciones que tiene la Institución, también queda a criterio del Parlamento definir si es necesario precisarlas; los primeros cuatro artículos de la Ley N° 18.446 le otorgan competencias amplísimas -generales en los primeros tres artículos y específicas en el artículo 4°-, y luego las facultades que tiene la Institución. Por supuesto, nos debemos a lo que establezca el legislador. Reitero: desde mi punto de vista, estrictamente académico, la ley que creó la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo es muy buena en cuanto a los cometidos y facultades que le han sido otorgadas.

Con respecto a la disponibilidad de recursos humanos y materiales, le cedo el uso de la palabra a la doctora Guianze.

SEÑORA GUIANZE (Mirtha).- Nuestra Institución, como Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, inició un monitoreo sistemático, como bien expresó la señora Cheroni, psicóloga y además coordinadora del equipo.

Nosotros visitamos toda clase de lugares donde hay personas en situación de encierro. Visitamos las colonias, el hospital Vilardebó, el hospital Piñeyro del Campo y también -próximamente volveremos a hacerlo- las Aldeas de la Bondad, donde hay personas en situaciones muy penosas.

Los equipos inspectivos siempre necesitan más recursos humanos; si políticamente el Parlamento considera que el equipo tiene que reforzarse, tiene la potestad de hacerlo porque estamos incluidos en el presupuesto del Poder Legislativo. Habría que analizar cuáles son las necesidades reales de personal para reforzar esas tareas que mencioné; me parece que es posible.

Además, funcionamos como áreas separadas pero dentro de la misma Institución con la Defensoría del Pueblo y cuando hay casos particulares esta toma la denuncia. Sin perjuicio de ello, nuestras recomendaciones no son vinculantes, característica propia de todas las instituciones nacionales de derechos humanos; si fueran vinculantes, nuestra naturaleza cambiaría. Sin embargo, tenemos la potestad de acudir al Poder Judicial si fuera necesario mediante la acción de amparo o *habeas corpus*.

SEÑOR PRESIDENTE.- Personalmente, en varias ocasiones recurrí a ustedes por consultas o para que mediaran en algún asunto en el cual su presencia y voluntad entendimos necesarias.

Seguramente, recurriremos a la Institución para ampliar el marco informativo que nos brindó.

SEÑORA GUIANZE (Mirtha).- Estamos a las órdenes

Hay otros temas como las curatelas e incapacidades que abarcan la órbita civil, que no fueron abordados en este proyecto de ley pero pueden armonizarse.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Comisión agradece la presencia de los integrantes del Consejo Directivo de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo.

(Se retiran de sala los integrantes del Consejo Directivo de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo)

(Ingresa a sala una representante del Centro Benito Menni)

——La Comisión de Salud Pública tiene el gusto de recibir a la representante del Centro Benito Menni, psicóloga Gabriela Lago.

En el marco del tratamiento del proyecto sobre salud mental, en una serie de visitas que realizamos con el senador Lacalle Pou llegamos al Centro Benito Menni y me pareció una propuesta interesante. En esa visita surgió la intención, desde el Centro, de aportar su óptica sobre el proyecto de ley en tratamiento.

SEÑORA LAGO (Gabriela).- Quiero agradecerles por haberme recibido. Si bien concurrí sola, vengo en nombre de una institución y de un equipo de trabajo, cuyos integrantes por distintos motivos no pudieron estar.

Con respecto al proyecto de ley, entendemos que esto de generar nuevas estructuras o alternativas se aproxima bastante a lo que es nuestra forma de trabajo, y desde este lugar es que queremos aportar.

Tal vez en aquella visita pudieron apreciar un poco el modelo de trabajo. Nosotros somos una organización llamada Hermanas Hospitalarias. El Centro se llama Benito Menni y tiene un hogar protegido. Trabajamos desde hace años en lo que es la rehabilitación y la reinserción social de personas que tienen patologías psiquiátricas crónicas. En este sentido, lo que hacemos es trabajar con la parte negativa de la patología, desde los hábitos más básicos que pierde la persona por efectos de la enfermedad hasta organizarle una rutina de vida, que también la pierde. Todo lo que es la planificación y la organización van quedando resentidas.

Tenemos un programa de convivencia que es el que estamos aplicando. Estamos trabajando desde el 2002 en este proyecto y paulatinamente vamos creciendo y viendo las necesidades que va teniendo la población. Estamos a favor de la desinstitucionalización y la inclusión social. Esa es la tarea a la que nos abocamos todos los días y, por supuesto, también al cierre de las grandes instituciones que existen hoy en día. Nosotros tenemos un dispositivo pequeño; tenemos treinta y cinco usuarios. Todos tienen esquizofrenia. Veinticinco usuarios, a través de un convenio con ASSE, se atienden en el hospital Vilardebó. La tarea principal es la organización social; es tratar de trabajar para que tengan una muy buena calidad de vida, que adquieran la conciencia de enfermedad, que es lo que diferencia a la patología mental de otras enfermedades, porque cuando alguien se quiebra una pierna es consciente, pero cuando tiene una patología psiquiátrica, no. Si podemos reconocer eso, estaremos dando dar un gran paso en el sentido de que la persona puede adquirir la adherencia al tratamiento, que es algo bastante difícil porque, al inicio, la gente se niega a pensar que está enferma. Luego hay que empezar a trabajar en lo que son las actividades ocupacionales. Son personas comunes y corrientes como nosotros, tienen derechos y necesidades y quieren trabajar y estudiar. Tratamos de que estén insertos en todo lo que se pueda. Lamentablemente, nos encontramos con una muy poca oferta, porque parece que al tener un mismo diagnóstico son todos iguales. Hay muy pocos centros diurnos y todos practican lo mismo: hacen velas o van a pintar. Y a veces uno se pregunta, ¿por qué todos tienen que ir a hacer lo mismo cuando quieren trabajar y tener actividades como las que podemos tener nosotros? El medio no está ofreciendo otras actividades que ellos puedan desarrollar. Son pocas las actividades; hay algunos programas de reinserción laboral que son muy acotados. Estamos viendo que también hay muchos empleos que contemplan discapacidades físicas, pero no las mentales, y hemos tenido muy malas experiencias en esto.

Lo que hacemos es habilitar a las personas a recuperar su dignidad. Trabajamos con el potencial que tiene cada uno más allá de la patología, el nombre o el mismo diagnóstico. Creemos que tienen que haber diferentes lugares, tanto de actividades como de viviendas. En este sentido, nosotros empezamos a trabajar en el marco de lo que es el ingreso y el egreso -porque una persona no puede estar toda la vida en la misma institución- y a pensar en qué podíamos hacer. La institución tiene experiencia en otras partes del mundo en lo que denominamos residencias asistidas, que son pequeñas casas con un nivel de autonomía mayor. Como forma de continuar avanzando en la rehabilitación tenemos tres casas, donde conviven seis personas por casa y viven solos, recibiendo un mínimo de supervisión técnica. Están insertos en el barrio, en una casa común, que no tiene cartel de nada. Son queridos y bienvenidos; hacen las compras como cualquiera de nosotros. Estamos viendo que este tipo de dispositivos están

funcionando y que realmente se sienten contentos, bien, y que la gente se puede recuperar.

Nos ha costado mucho poder construir este tipo de dispositivo. La primera casa recién hace cuatro años que la obtuvimos. El año pasado pudimos tener dos dispositivos más.

Otra cosa que nos preocupa es la familia. Estuvimos leyendo el proyecto y nos parece que la familia podría tener una participación mucho más activa. Sentimos que está todo como delegado en el Estado como responsable, pero pareciera que los familiares -sea por equis motivos; hay gente que sí está muy comprometida y hay otros que no- están ausentes. Pensamos que sería bueno que hubiera programas de sensibilización, para brindar más conocimiento y apoyo a las familias en cuanto a la patología, dar más herramientas e involucrarlos un poco más y generar la conciencia de que se trata de un familiar. Creo que cada uno puede aportar algo; no debería quedar solo en manos del Estado la solución de las personas. Vemos que hay gente que está con largas hospitalizaciones, porque tiene problemas sociales, pero las familias están ausentes. Y ahí sentimos que hay como un vacío. Creemos que la familia tiene que ser responsable y tiene que colaborar. En esto de la salud mental pensamos que falta preparación y apertura en la sociedad. Como que tampoco existen programas de sensibilización ni de mucha información como para que la gente también vaya apoyando todo este transcurso que se quiere.

Otro tema que nos preocupa es la administración del dinero. La ley habla de la protección. Lo que voy a señalar puede sonar discriminativo, pero lo voy a decir desde la experiencia laboral y cotidiana, que es el fuerte que puedo aportar acá. Las personas que tienen patología psiquiátrica tienen una muy mala administración de la plata, y nosotros necesitamos ese recurso para que ellos puedan vivir bien. A veces contamos con eso para que puedan aportar en las viviendas donde están residiendo, pero producto de la mala administración, piden varios préstamos y están por lo menos veinticuatro meses cobrando muy poco dinero, y eso es un problema.

Digo que puede sonar a discriminación porque, por un lado, está bueno que tengan todos los derechos, pero por otro hay una limitación en esto. Muchas veces a nosotros nos dificulta el egreso de esa persona porque vuelve cobrando nada, con toda la pensión comprometida. Este es otro tema que no sabemos cómo se resolverá.

Es cuanto quería aportar.

SEÑOR PRESIDENTE.- Hoy hemos culminado la etapa de escuchar a las delegaciones y, en las próximas sesiones, ya entraremos en el tratamiento del proyecto, al que procuraremos darle la mayor celeridad posible, contemplando algunas de las sugerencias que se han hecho por parte de las diferentes delegaciones.

Muchas gracias por su comparecencia.

(Se retira de sala la psicóloga Gabriela Lago, representante del Centro Benito Menni)

——Si bien en el día de hoy estaba previsto discutir si consideraríamos el proyecto de ley tal como vino del Senado -de acuerdo con la moción presentada por el señor diputado Mier-, en virtud de que quedaban delegaciones pendientes y de que el compromiso desde el primer minuto fue que escucharíamos a todos los que quisieran hacer comentarios, corrimos esa discusión para mañana y hoy recibimos a las delegaciones. Quiero dejar esta constancia porque en la versión taquigráfica figuraba que discutiríamos sobre ese tema el día 6 de junio y lo pasamos para el día 7.

También quiero dejar constancia de que esa moción no fue una iniciativa individual del señor legislador, sino que respondió a una expresión por parte de legisladores del Frente Amplio sobre la necesidad de que este proyecto de ley se aprobara cuanto antes. Con afán y buena fe, me consta que el señor diputado Mier contribuyó con esa solicitud que se hizo desde el Frente Amplio. En lo personal, establecí que no antepondríamos obstáculos si esa era la prioridad, y con el mismo espíritu contributivo con que se ha manejado el Partido Nacional en todo este tema y con apertura, abordaremos las discusiones respectivas en las próximas sesiones para favorecer a los usuarios del sistema de salud mental de nuestro país.

No habiendo más asuntos, se levanta la reunión.

===/